



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

日期:

个案当事人号码: _____

语言: _____

计划名称: _____

您必须于 _____ 之前提交证明文件, 用以证实您已完成酒瘾或毒瘾症状评估。
日期

经评估断定您有毒瘾或酒瘾症状。您必须于 _____ 之前提交证明文件, 用以证实您目前正在接受酒瘾或毒瘾戒除治疗。
日期

依据华盛顿州行政法规 WAC 388-449-0220 之规定, 若您未按照要求完成评估及治疗, 您的现金补助可能会终止。

请与经合格认证的酒瘾或毒瘾戒除服务提供者联系, 以便接受所要求的评估和治疗。下免列举您所在地区的一些评估与治疗服务提供者。

批语:

电话号码: _____

安全收入津贴计划(SSI)协助人

时间

社区服务处(CSO): _____